

認知症サポート医の立場から

萩原 牧 夫

はじめに

有吉佐和子の「恍惚の人」は、認知症高齢者と在宅介護の実態に、わが国で初めてスポットライトを当てた作品であり、1972年に出版され大ベストセラーとなった。また、その翌年には、森繁久彌主演で映画化もされたが、当時はまだ、一般的には認知症は「稀な疾患」であった。しかし、超高齢社会となった現在のわが国では、65歳以上の10人に1人が認知症であり、「ありふれた疾患」と位置づけられるようになった。さらに、2000年の介護保険制度の創設以降、認知症に対する関心が高まり、その対

策が急務となってきた。

認知症サポート医とは

そこで、認知症の地域支援体制として、早期発見・診断、相談体制、家族支援などが重要な因子として検討整備されてきている。とくに、かかりつけ医は認知症の早期発見と診断に重要な役割を果たすことが求められている。そのかかりつけ医と専門医・介護・福祉などを結びつける橋渡しの役割を担うのが認知症サポート医（以下サポート医）である。サポート医となるためには、2005年度より実施されている認

知症地域医療支援事業の一つであるサポーター医養成研修事業を受講し、修了書を授与される必要がある。この事業の実施主体は都道府県および指定都市で、国立長寿医療センターに委託され実施されており、2008年度までに全国で871人が研修を終えている。

認知症サポーター医の役割

サポーター医が担うべき役割として、次の4点が挙げられている¹⁾。

① かかりつけ医の認知症診断等に関する相談・アドバイザー

② サポーター医同士の連携体制の構築

③ 各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力

④ 都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案

しかしサポーター医養成研修を終えた医師から

は、「実際にどうすれば認知症地域医療を確立できるのか」といった声が挙がっており、これまでサポーター医が活躍できる場も少なかった。

また、かかりつけ医と専門医の具体的な連携方法やBPSDおよび身体症状を持つ認知症患者への対処法などが不明瞭であった。そこで東京都は2009年度より、「認知症サポーター医フォローアップ研修」の開催を開始した。

この研修では、「東京の認知症サポーター医活動の創造と展開を目指して」以下の達成目標の提案が列挙されている²⁾。

活動の方向性として、

○ サポーター医への期待を理解し、地域に応じた役割を創造して活動する

○ 認知症の人が、地域で療養生活を継続するための様々な問題の解決を支援する

○ 認知症について、地域住民や多様な職種が声をかけやすい医師として活動する

具体的には、

①診療情報提供書（依頼用）：1枚目

大田区認知症連携バス **診療情報提供書（依頼用）**

紹介先 医療機関名 _____ 年 月 日

紹介元 医療機関名 _____

住所 _____

TEL _____

FAX _____

_____ 科 _____ 先生 医師名 _____ 印 or サイン

初回 再評価依頼（前回 年 月頃）

貴院 ID 番号	
受診希望日	第 1 希望 _____ 月 日
	第 2 希望 _____ 月 日
	第 3 希望 _____ 月 日

フリガナ		男・女	明・大・昭・平	年 月 日	歳
患者氏名					
住所	〒 _____		自宅： 携帯：		

【紹介の主旨】

- ご本人からの精査希望 家族からの精査希望
- かかりつけ医からの精査要請 その他（ _____ ）

【当事者が最も困っていること】

- 1) 本人
- 2) 家族・介護者

【既往歴・治療状況】

- 高血圧（治療中、未治療） 糖尿病（治療中、未治療）
- 脂質異常症（治療中、未治療） 心臓病（治療中、未治療）
- 脳血管障害（治療中、未治療） 過度の飲酒歴 _____
- 向精神薬の内服（あり：薬品名 _____）
- その他（ _____ ）：
治療中、未治療）

【神経学的所見】

- 構音障害・嚥下障害
- パーキンソン様症状（振戦、動作緩慢、歩行障害）
- 幻覚（幻視・幻聴）
- その他（ _____ ）

1. 地域の「かかりつけ医」と「専門医」の顔の見える連携づくりを支援する
2. 包括的認知症ケアの現況を踏まえて「かかりつけ医」を総合的に支援する
3. 地域の医療・介護・福祉等への連携促進

4. 地域住民や多様な職種に従事者に対する認知症への理解を促進し地域ケアの向上を支援する

とくに、地域毎に異なる医療、介護、福祉、

地域住民、行政などの地域資源を把握することが連携対策の第一歩であり、次に、実現可能な目標を設定し、行政に協力を要請することが重要である。

東京都大田区における

取り組み

大田区における2009年4月1日現在の区内人口は67万4千人で、高齢化率は20%である。区内には、大森・蒲田・田

①診療情報提供書（依頼用）：2枚目

【もの忘れの状況】

日にち・時間や場所がわからない



少し前のことを忘れ、同じことを繰り返す



質問や会話を理解できず、話の脈絡を失い易い



質問すると家族の方を向いて相づちを求めたり、話のつじつまを合わせようとする



【周辺症状・BPSD】

排泄の失敗



夕暮れ症候群・夜間興奮



物盗られ妄想



介護に抵抗・暴言・暴力



徘徊



不眠・昼夜逆転



その他追加・特記事項

園調布医師会の3つの医師会があり、サポート医として計11名が登録されている。また、「もの忘れ外来」を掲げて、積極的に認知症患者を受け入れている医療機関は、荏原病院と東邦大学医療センター大森病院の2カ所である。

大田区三医師会では、国の取り組みに従って、2006年より、かかりつけ医を対象に認知症対応力向上研修を通じて認知症対策に積極的に取り組んできた。しかし、認知症診療を取り巻く環境はまだまだ改善の余地があるため、区内のサポート医が中心となり、協議を重ねた。その中で、高度アルツハイマー型認知症や、鎮静が必要なBPSDを合併した認知症などは、どの医師会でも解決が図られていない大きな課題であることが浮き彫りとなった。一方、軽度アルツハイマー型認知症の患者や、発症早期の認知症患者の家族からの「どこに相談してよいか分からない」という意見や、「一部のもの忘れ外来の診療予約が4〜6カ月待ち」であるとい

う現状を踏まえ、認知症患者の早期診断・治療を目的とした「大田区認知症連携パス」(図①)を作成し、2009年11月より運用を開始した。

大田区認知症連携パス(図②)

「大田区認知症連携パス」は循環型パスになっており、その作成の趣旨は、地域の特性を生かした連携を念頭に置いて、かかりつけ医に認知症の初期診断と早期治療の導入を依頼することである。すなわち、認知症の一次相談窓口として「認知症対応力向上研修受講修了医師」を、また二次対応先として「画像診断の可能な専門施設」を設定することにより、大田区全体で、早期診断・治療の新たな連携体制を構築することにある。なお、この連携パスでは、すでに認知症の診断がついた患者やBPSDで鎮静の必要な者は対象としていない。

大田区認知症連携パス

様

かかりつけ医

紹介先医療機関

大田区三医師会(大森・蒲田・田圃調布医師会)では、もの忘れがひどく認知症の疑いや心配のある方の診断・治療を、かかりつけ医と紹介先医療機関が連携して行うようになります。



今後の課題

おわりに当たり、サポート医の立場から、大田区における今後の認知症の地域連携に関する課題を簡条書きにして掲げる。

- ① かかりつけ医の対応が困難な認知症（とくにDLB（レビー小体型認知症）、FTD（前頭側頭型認知症））への対応
- ② 認知症患者医療センターが皆無の東京都における、認知症患者の急性期傷病に対する受け入れ先の選定
- ③ 地域包括支援センターを中心とした他職種ネットワークの構築
- ④ 認知症連携パスの運用状況の把握と検証

（おぎわら医院 院長）

文献

- 1) 遠藤英俊ら… 国の認知症対策と取り組みーこれまでとこれから、浦上克哉編集、老年医学の基礎と臨床
 - II 認知症学とマネジメント、589～599、
- （株）ワールドプランニング、2009年

2) かかりつけ医機能ハンドブック2009、191～193、東京都医師会、2009年